



Deutscher  
Juristinnenbund  
Vereinigung der Juristinnen,  
Volkswirtinnen und  
Betriebswirtinnen e.V.

Geschäftsstelle / Office:  
Anklamer Straße 38  
D-10115 Berlin  
fon: ++49 - (0)30 - 443270-0  
fax: ++49 - (0)30 - 443270-22  
geschaeftsstelle@djb.de  
<http://www-djb.de>

## F o r d e r u n g e n

### des Deutschen Juristinnenbundes (djB) zur Gesundheitsreform

Grundlagen:

- Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG), Stand: 13. März 2003
- Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. Februar 2003

#### I. Zur allgemeinen Reformdebatte

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sollte als ein System, das solidarisch durch Beiträge finanziert und auf ein ausreichendes Versorgungsangebot für alle Versicherte ausgerichtet ist, in ihren Grundstrukturen erhalten bleiben. Die notwendigen Leistungen sollten weiterhin beitragsunabhängig sowie ohne Ansehen der Krankheitsursache gewährt und die Beiträge risikounabhängig erhoben werden. Dadurch trägt die GKV dazu bei, ungleich verteilte Gesundheitschancen auszugleichen. Verglichen mit anderen Systemen schafft sie ein hohes Maß an Versorgungsgerechtigkeit.

Die GKV hat sich – gemessen an diesen Zielen – insgesamt bewährt. Eine Modernisierung und Vereinfachung der Regelungsstrukturen ist jedoch erforderlich. In erster Linie hat die GKV kein Ausgaben-, sondern ein Einnahmenproblem. Der Reformbedarf kann daher nicht ökonomisch mit steigenden Ausgaben begründet werden.

Die GKV leidet unter massiven Finanzierungsproblemen, die aber nicht primär Ergebnis einer Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen, sondern in erster Linie der Erosion der Einnahmebasis geschuldet sind. Die Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) sind seit Mitte der Neunzigerjahre relativ konstant und belaufen sich auf durchschnittlich 10,9 Prozent. Demgegenüber sind die Beitragssätze zur GKV im selben Zeitraum um ungefähr einen Prozent-

punkt gestiegen. Dieser Anstieg ist darauf zurückzuführen, dass die Bruttolohn- und -gehaltssumme, die die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur GKV bildet, im Verhältnis zum BIP seit Jahren sinkt. Mit anderen Worten: Während sich die Ausgaben im Gesundheitswesen relativ konstant im Verhältnis zum BIP entwickeln, entwickeln sich die Einnahmen der GKV unterproportional. Hier liegt das Kernproblem für die Finanzierung der GKV.

Reformen zur Sicherung der Finanzierungsseite sollten daher an der Einnahmeseite ansetzen. Dieses kann nach Auffassung des Deutschen Juristinnenbundes (djb) nur durch eine Verbreiterung der Beitragsseite geschehen. Dem Schutzzweck der GKV entspricht es, dass jede Erwerbstätigkeit sozialversicherungspflichtig und damit voll beitragspflichtig sein muss. Darüber hinaus sollte die Beschränkung auf eine Arbeitnehmer- und Arbeitnehmerinnenversicherung aufgehoben und die Beitragsbemessungsgrundlage durch Einbeziehung sonstiger Einkünfte erweitert werden.

Deshalb fordert der djb eine Stärkung der GKV durch

1. die Erweiterung der Versicherungspflicht auf alle abhängigen Beschäftigungsverhältnisse unabhängig von der Höhe des Verdienstes und der Stundenzahl,
2. die Ausweitung der Versicherungspflicht (auf Beamte und Beamtinnen, Selbständige usw.) und
3. die Einbeziehung sonstiger Einkünfte bei der Beitragsbemessung.

## II. Zum Entwurf des GMG

Der bisher bekannt gewordene Entwurf des GMG sollte aus Frauensicht mindestens in folgenden Punkten verändert werden:

### 1. Wirtschaftlichkeitsgebot

Der djb fordert eine Ergänzung der Regelung zur Wirtschaftlichkeit (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V) um das Prinzip der Geschlechtergerechtigkeit.

Eigentlich müsste § 12 Abs. 1 SGB V grundlegend verändert werden, da die Norm große Probleme in der Rechtsanwendung aufwirft und auch durch Handlungsleitlinien kaum zu operationalisieren ist. Was „ausreichend“, „notwendig“, „wirtschaftlich“ und „zweckmäßig“ ist, kann ex ante selten beurteilt werden. Das „System Mensch“ funktioniert nicht nach betriebswirtschaftlichen Prinzipien – insbesondere der Alterungsprozess lässt Investitionen bestenfalls kurzfristig wirtschaftlich sein. Investitionen, die bei kurzfristiger Betrachtung „wirtschaftlich“ sind, können sich langfristig als teuer herausstellen, weil Folgekrankheiten auftreten.

Darüber hinaus ist die medizinische Versorgung primär an Männern orientiert, was zu einer Fehlversorgung führt. Bereits 1996 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine Über- und Fehlversorgung festgestellt. Zur Vermeidung dieser Über- und Fehlversorgung müssen konkrete Bedarfsanalysen durchgeführt werden. Gespart werden kann durch Honorierung kostenbewusster Beanspruchung der Solidargemeinschaft. Hier ist ein weites Feld noch nahezu unbestellt, da der Bedarf von mehr als 50 Prozent der Bevölkerung (der Frauen) im Wesentlichen unerforscht ist, wie im Frauengesundheitsbericht des BMFSFJ und bei der öffentlichen Anhörung des Deutschen Bundestages zu frauenspezifischen Defiziten in der Gesundheitsversorgung 2001 offenbar wurde. Es fehlt eine regelmäßige flächendeckende Gesundheitsberichterstattung nach festen, genderspezifischen Kriterien. Was im Rahmen von Frauengesundheitsprojekten bereits herausgefunden wurde, muss evaluiert werden, um Eingang in die Regelversorgung zu finden. Da jedoch die Forderung nach einer grundsätzlichen Umgestaltung der Vorschrift derzeit kaum durchsetzbar erscheint, ist aus Sicht des djb als Mindestanforderung die Geschlechtergerechtigkeit zu verankern.

Demgemäß sollte § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V wie folgt lauten:

*"Die Leistungen müssen geschlechtsspezifisch wissenschaftlich und empirisch auf neuesten Erkenntnisstand abgesichert sein. Sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen."*

In diesem Zusammenhang müssen auch die §§ 70 Abs. 1 Satz 1 und § 95d SGB V ergänzt werden. Die an sich sinnvolle Vorschrift des § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit) ist im neuesten Entwurf vom 13. März 2003 nicht mehr vorgesehen. Sie sollte wie folgt ergänzt werden:

*"Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine insbesondere im Hinblick auf geschlechtsspezifische Anforderungen bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende und an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte Versorgung zu gewährleisten."*

§ 95d SGB V (Pflicht zur fachlichen Fortbildung) sollte wie folgt ergänzt werden:

*"Die Fortbildungsinhalte müssen in allen Bereichen geschlechtsspezifisch aufbereitet sein, dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin und Psychotherapie entsprechen und ausschließlich fachliche Themen behandeln."*

## 2. Paritätische Besetzung der Entscheidungsgremien in der GKV mit Frauen und Männern

Der djb begrüßt, dass im Zusammenhang mit der Errichtung des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin bei der Besetzung des vom BMGS einzuberufenden Kuratoriums (§ 139i des Entwurfs) ausdrücklich die paritätische Besetzung mit Frauen und Männern zu gewährleisten ist. Diese Regelung sollte Vorbild sein für sämtliche Beratungs- und Entscheidungsgremien in der GKV.

Nachzubessern ist aus Sicht des djb daher:

- die gesetzliche Verpflichtung zur paritätischen Besetzung des ebenfalls im Zusammenhang mit dem Zentrum für Qualität in der Medizin vom BMGS einzuberufenden wissenschaftlichen Beirates (§ 139g des Entwurfs),
- die gesetzliche Verpflichtung zur paritätischen Besetzung sämtlicher Landes- und Bundesausschüsse (§§ 90 ff. SGB V) einschließlich des Ausschusses Krankenhaus (§ 137c SGB V), des Koordinierungsausschusses (§ 137e SGB V) wie auch der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen (§ 141 SGB V).

## 3. Bonus für Versicherte, Abschaffung der Härtefallregelung (§ 62a GMG)

Die Neuregelung im Bereich der Befreiung der Zuzahlungen bei Teilnahme am Hausarztssystem (Bonus für Versicherte, § 62a des Entwurfs) bei gleichzeitiger Abschaffung der bestehenden Härtefallregelung (§ 61 SGB V) führt zu einer Benachteiligung von Geringverdienenden, allein erziehenden Müttern und armen alten Frauen. Sie werden durch diese Regelungen faktisch stärker als Gutverdienende veranlasst, auf eine freie Arztwahl zu verzichten. Wenn die Steuerungsmodelle eines Hausarztssystems genutzt werden sollen, müssen Anreize für alle geschaffen werden und keine „Zwei-Klassen-Versorgungsmodelle“.

### **III. Zu den öffentlich diskutierten Vorschlägen aus der Rürup-Kommission und in der Regierungserklärung**

#### **1. Krankengeld**

Der djb lehnt die Herausnahme des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog der GKV strikt ab und befürwortet die Beibehaltung der obligatorischen und solidarischen Finanzierung des krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitsrisikos. Die Sicherung des Lohnersatzes während einer längeren Arbeitsunfähigkeit gehört zum Kernbestand des durch die GKV abzusichernden Krankheitsrisikos. Der djb weist zudem darauf hin, dass die Herausnahme des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog der GKV voraussichtlich nicht zu einer spürbaren Entlastung der so genannten Lohnnebenkosten führen wird, da die Arbeitslosenversicherung und vor allem die Rentenversicherung (Risiko Erwerbsminderung) die Lasten auszugleichen haben.

#### **2. Familienversicherung**

Der djb fordert weiterhin die Beibehaltung der beitragsfreien Familienversicherung für Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten während der Kindererziehungsphase bzw. der Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen. Durch die beitragsfreie Familienversicherung wird insbesondere das Solidaritätsprinzip aufrechterhalten.

Um die Erwerbstätigkeit der nicht mehr die Kinder erziehenden oder kranke Angehörige pflegenden Ehegatten zu fördern, könnte die beitragsfreie Familienversicherung entfallen, jedoch nur bei einer generellen Erweiterung des Versicherungskreises (siehe unter 1., insb. Scheinselbständige, Ich-AG's und geringfügige Beschäftigung). Am Beispiel der jetzigen sozialversicherungsrechtlichen Ausgestaltung der geringfügigen Beschäftigung wird das Erfordernis der Sozialversicherungspflicht bei hälftiger Beitragsleistung, die der djb stets gefordert hat, besonders deutlich: im Verhältnis zu einem Monatsverdienst bis zu 400 Euro sind die von den Beschäftigten allein zu tragenden Kosten der freiwilligen Krankenversicherung so hoch, dass das Ziel der Gesetze für moderne Dienstleistungen verfehlt wird, Neueinstellungen für Unternehmen durch attraktive Bedingungen zu fördern. Denn die geringfügige Beschäftigung lohnt sich für die Beschäftigten bei den Kosten einer freiwilligen Krankenversicherung kaum noch. Ein Ausweichen auf sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung dürfte an der Arbeitsmarktlage und dem Unternehmenstrend scheitern, eher geschützte Arbeitsverhältnisse in geringfügige Beschäftigung umzuwandeln als umgekehrt.

Im übrigen müssten beim Wegfall der beitragsfreien Familienmitversicherung die Freibeträge und Bedarfssätze in den anderen sozialen Sicherungssystemen (auch beispielsweise beim geplanten neuen Arbeitslosengeld II und dem Sozialgeld) verändert werden, um das Existenzminimum zu sichern.

#### **3. Mutterschaftsgeld**

In der Diskussion um „versicherungsfremde Leistungen“ in der GKV ist immer wieder das Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO im Gespräch. Eine vollständige Streichung des Mutterschaftsgeldes ist aufgrund von Art. 6 GG nicht möglich. Dem Gesetzgeber wird aber ein Spielraum bei der Ausgestaltung zugebilligt werden müssen. Die öffentliche Diskussion beschränkt sich zur Zeit ausschließlich auf einen Verbleib des Mutterschaftsgeldes in der GKV bzw. auf eine alternative Steuerfinanzierung. Aufgrund des Lohnersatzcharakters des Mutterschaftsgeldes schlägt der djb hier eine Finanzierung durch die Arbeitgeber im Umlageverfahren

vor: Umlageverfahren für alle Betriebe, große Betriebe 100 %, kleine und mittlere Betriebe 125 %. Vorbild kann insoweit die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall sein.

#### IV. Notwendige Ergänzungen und Weiterentwicklungen

Aus Sicht des djb müssen die bisherigen positiven Reformansätze konsequenter fortgeführt werden. Außerdem muss sich der Blick auch auf Bereiche der Prävention außerhalb der GKV im engeren Sinne erweitern.

##### 1. Disease-Management-Programm (DMP)

Der Risikostrukturausgleich wurde zum 1. Juli 2002 ergänzt durch die Koppelung an das Disease-Management-Programm (DMP) für chronisch kranke Versicherte; vereinfacht bedeutet dies einen finanziellen Anreiz für Krankenkassen, spezielle Gesundheitsvorsorgeprogramme für chronisch Kranke anzubieten.

Der djb unterstützt grundsätzlich diese systematische, leitliniengestützte, hausarztzentrierte und integrierte Versorgung chronisch kranker Menschen. Derzeit machen chronisch Kranke geschätzte 20 bis 30 Prozent der Versicherten aus, verursachen jedoch 80 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen. Von daher bietet es sich an, durch eine verbesserte Versorgung und präventives Handeln die Gesundheit zu verbessern und die Kosten zu reduzieren. Doch nicht alle chronischen Krankheiten lassen sich durch eine andere Lebensweise signifikant beeinflussen. Offenkundig ist dies beim Brustkrebs, der in das DMP aufgenommen wurde. Hier sind die Möglichkeiten für die betroffene Frau, durch ihre Lebensweise entscheidend Einfluss auf Verlauf und Prognose zu nehmen und Verschlimmerungen oder Komplikationen zu verhindern, derzeit leider eher gering.

##### 2. Abrechnung nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups)

Durch die ab 2003/2004 für die Abrechnung der Krankenhausbehandlung eingeführten bzw. einzuführenden Fallpauschalen, die sog. Diagnosis Related Groups (DRG), richtet sich die Bezahlung nicht mehr nach der Länge des Krankenhausaufenthaltes, sondern nach Diagnosen und Maßnahmen. Künftig sollen Patientinnen und Patienten früher aus dem Krankenhaus entlassen werden. Vorbild ist das australische Modell. Entscheidend bei diesem Modell ist aber die Regelung der Versorgung und Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt.

Theoretisch soll bereits heute die ambulante Nachsorge durch niedergelassene Fachärzte und Sozialstationen erfolgen, de facto sind jedoch die Budgets der niedergelassenen Ärzte so klein, dass selbst bei bestem Wissen und Wollen eine aufwändige postoperative häusliche Betreuung unmöglich ist. Gleiches gilt für die pflegerische Versorgung. Davon abgesehen gibt es erhebliche praktische Probleme: Wie können Hilfskräfte alarmiert werden? Wie kommen sie dann z. B. in die Wohnung, wenn Patienten nicht aufstehen können? Wer hilft beim Toilettengang? Wer kauft ein, wer bringt einem gehbehinderten Patienten Getränke und Essen? Wer wäscht? Wer versorgt die Kinder, die Haustiere usw.? Bei diesen praktischen Alltagsproblemen wird die fehlende häusliche Versorgung bereits heute deutlich. Bei früherer Entlassung nach Operationen an den Beinen oder gar bei ambulanter Operation dürfte hier mit einem deutlichen Anstieg von Komplikationen gerechnet werden.

Der djb fordert daher eine Stärkung der professionellen ambulanten Pflege im Anschluss an Krankenhausaufenthalte. Vorzusehen sind „krankheitsgerechte“ Wohnungen mit familienähnlichen Versorgungsstrukturen, ergänzt um Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Physio-

therapeutinnen und Physiotherapeuten. Auch bei erkrankten Eltern muss die Kinderversorgung gewährleistet werden.

### 3. Verbesserung der Rahmenbedingungen

Schließlich fordert der djb Investitionen in gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen in allen Politikbereichen. Hier gibt es noch viel zu tun. Fehlende oder schlecht bezahlte Arbeit, zerstörte Umwelt, industriell und mit fragwürdigen Zutaten produzierte Nahrung und nicht zuletzt fehlende Kinderbetreuung können krank machen. Wie soll sich ein Versicherter sportlich ertüchtigen, wenn die kommunalen Bäder reihenweise aus Kostengründen geschlossen werden? Wie sollen Kinder an eine gesunde Lebensweise herangeführt werden, wenn Schulen das Thema nicht ausreichend aufgreifen? Staatliche Investitionen zahlen sich hier doppelt aus: bei der Steigerung der Lebensqualität und bei der Kostensenkung im Gesundheitswesen. Derzeit geht der Trend vor allem im Bereich der kommunalen Investitionen in die entgegengesetzte Richtung: Wegen kurzfristig erhoffter Einsparungen werden alle staatlichen Leistungen, die nicht Pflichtleistungen sind, radikal gekürzt.

9. April 2003

Margret Diwell  
Präsidentin

Dr. Christine Fuchsloch  
Vorsitzende der Kommission  
Recht der sozialen Sicherung,  
Familienlastenausgleich